

DEMANDE DE TEP - SCINTIGRAPHIE AU 18 F-Choline

PATIENT

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____

Portable : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Poids : _____ Taille : _____

Diabétique : Oui Non

Traité Équilibré

Patient : Externe Hospitalisé

Si hospitalisé Tél / Fax : _____

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Médecin Demandeur / Service / Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

MOTIF DE LA DEMANDE

- | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Poumon | <input type="checkbox"/> LNH | <input type="checkbox"/> Oesophage | <input type="checkbox"/> Ovaire | <input type="checkbox"/> Testicule | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ORL - VADS | <input type="checkbox"/> Hodgkin | <input type="checkbox"/> Pancréas / Foie | <input type="checkbox"/> Utérus | <input type="checkbox"/> Prostate | <input type="checkbox"/> Foyer infectieux |
| <input type="checkbox"/> Cerveau | <input type="checkbox"/> Mylérome | <input type="checkbox"/> Colon / Rectum | <input type="checkbox"/> Sein | <input type="checkbox"/> Rein | <input type="checkbox"/> Primitif inconnu |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sarcome | <input type="checkbox"/> Neuro-Endocrine | <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> Mélanome | <input type="checkbox"/> Autres |

- Diagnostique de malignité Bilan d'extension Suivi thérapeutique Suspicion de récurrence Autres

TRAITEMENTS ANTÉRIEURS

Chirurgie Date chirurgie : ____ / ____ / ____ Nature : _____

Chimiothérapie Date dernière cure : ____ / ____ / ____ Prochaine cure prévue le : ____ / ____ / ____

Radiothérapie Date dernière séance : ____ / ____ / ____ Début de traitement prévu le : ____ / ____ / ____

Autres traitements (corticothérapie) : _____

HISTOIRE DE LA MALADIE - PROBLÈME POSÉ

> Joindre tout document qui vous semble utile à la demande.

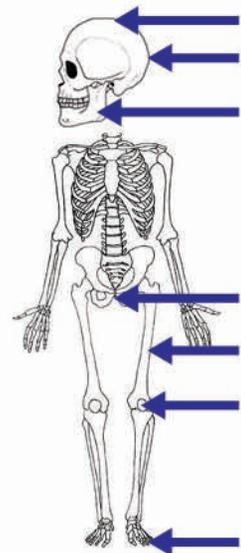
Protocole d'aquisition

- Bras le long du corp
- Cerveau
- TRAC
- ORL
- Lasilix
- Table radio T.

RDV :

- S 0
- S 1
- S 2
- S 3 et +

Cadre réservé au service



Date limite souhaitée : ____ / ____ / ____

Rendez-vous fixé le : ____ / ____ / ____

> Cadre réservé au service.